

Fragebogen zur Selbsteinschätzung - SARS-CoV-2 Test

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

Der Test darf nur durchgeführt werden, wenn Sie folgende Fragen mit NEIN beantworten können.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie Fieber, Atemnot?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie unter akutem Geschmacksverlust?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Kiel, den : Uhr

.....
Unterschrift